Lane Medical Library

Die Miterkrankung der Harnblase bei Lichen ruber planus

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg.

Vorgelegt von

Fritz Pfister cand. med.

aus Mannheim

1935

J. Kruse & Söhne, Buchdruckerei und Verlag, Bruchsal in Baden

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät
der Universität Heidelberg.

*

Der Referent: Dr. Kleine
Der Dekan: Prof. Dr. C. Schneider

1935

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153303_0121

Die Miterkrankung der Harnblase bei Lichen ruber planus.

Der Lichen ruber planus ist eine Hautkrankheit, die sich anderen Dermatosen gegenüber durch besondere Beteiligung der Schleimhäute auszeichnet. Vorwiegend werden Mund- und Genitalschleimhaut, selten dagegen die Schleimhaut der Blase befallen.

Die Tatsache, daß bis heute nur zwei Fälle veröffentlicht worden sind, zeigt, wie selten die Diagnose lichen ruber planus der Harnblase gestellt wurde. Die Möglichkeit einer Beteiligung der Blasenschleimhaut wurde scheinbar gar nicht in Erwägung gezogen. Andererseits schien bei einer allgemeinen Lichenerkrankung eine Cystoskopie der Blase überflüssig, da diese Schleimhauterkrankung kaum subjektive Beschwerden macht. Die zwei bekannten Fälle, auf die ich in meinen Ausführungen noch zurückkommen werde, sind folgend angeführt:

Der erste cystoskopisch sichergestellte Fall wurde von F. Zerkowitz beschrieben. Diesem folgte ein zweiter Fall, den A. Heymann diagnostizierte. Ueber einen Dritten soll in Nachstehendem berichtet werden.

Bevor ich auf den Lichen ruber planus der Harnblase näher eingehe, möchte ich kurz etwas allgemeines über den lichen ruber planus als Hautkrankheit vorausschicken.

Der Lichen ruber planus ist eine chronisch entzündliche Dermatose, die sich durch Bildung von flach erhabenen wachsglänzenden, vielfach zentral gedellten gelbroten bis bläulichroten Knötchen auszeichnet. (Riecke.)

Das Exanthem kann schleichend oder akut auftreten, und zwar werden ein Drittel mehr Männer als Frauen davon betroffen. Symptomatisch für den lichen ruber planus sind die im Anfangsstadium auftretenden Primordialknötchen, sehr kleine, rötlichgelbe, flache Effloreszenzen mit scharfer Abgrenzung, die sich nach kurzer Zeit zu linsengroßen Papeln entwickeln können. Selten fehlt ein mitunter sehr starker Juckreiz, durch den in erster Linie das Allgemeinbefinden des Patienten erheblich gestört ist.

Lokalisiert finden wir den Lichen ruber planus hauptsächlich an Hand- und Fußgelenken, und zwar an deren Beugeseiten, desgleichen an Vorderarmen und in der Gegend der Rippen, des Kreuzbeins und des Genitale. In sehr vielen Fällen ist die Mund- und Genitalschleimhaut, sehr selten die Harnröhre (Bettmann) mitbeteiligt, was für die nacherwähnten Fälle wichtig ist.

Die an der Wangenschleimhaut, an der Zunge und Lippen-

schleimhaut auftretenden Lichen-Erscheinungen sind knötchenartig, kaum erhaben, teils einzeln, teils zusammenhängend. Ein ring- oder netzförmiges Konfluiren ist nicht selten. Die weißlich bis silbergrau aussehenden Effloreszenzen finden sich auf unveränderter Schleimhaut, seltener auf einem hyperämischen Grunde, in dem ein breiter, roter Saum sie umgibt (Riecke).

Die Aetiologie und Pathogenese des Lichen ruber ist noch ungeklärt. Wir kennen vier Theorien über die Entstehung der Krankheit:

Eine Parasitäre, welche die Erkrankung einem parasitären Agens zuschreibt.

Eine weitere, welche im lichen ruber planus eine Affektion, die auf neuropathischer Grundlage beruht, erkennt.

Eine Dritte, die eine abnorme Konstitution des Patienten annimmt.

Eine vierte Theorie, die annimmt, daß der Affektion eine familiäre Disposition zugrunde liege. Ferner sollen Exacerbationen durch spezifische Therapie, z. B. mit Arsen, hervorgerufen werden. —

Die erste Diagnose lichen ruber planus der Harnblase stellte F. Zerkowitz. (Ueber einen Fall von lichen ruber planus mit bemerkenswerter Schleimhautbeteiligung, Dermatologische Zeitschrift, Band 42, Seite 282.) Erleichtert wurde die Diagnose durch das Vorhandensein eines universellen diagnostizierten Lichenexanthems. Hinsichtlich der Differentialdiagnose konnte Zerkowitz eine umschriebene Cystitis sowie Tb. ausschließen.

Ueber den im Jahre 1922 bei einer 46jährigen Frau festgestellten lichen ruber planus schreibt er: „In unserem Falle wurde die Patientin auch einer Untersuchung mit dem Cystoskop unterzogen. Es zeigte sich auf der sonst normalen Schleimhaut des Trigonum vesicae eine Anzahl isolierter Knötchen von braunroter Farbe, die deutlich über das Niveau der Schleimhaut eleviert waren. Sonst kein pathologischer Befund. Der Mangel aller Entzündungserscheinungen ließ uns die Diagnose einer umschriebenen Cystitis abweisen und den Prozeß vielmehr mit der Affektion auf der äußeren Haut- und der Mund- und Genitalschleimhaut gleichstellen." ....

Das Vorhandensein eines allgemeinen Lichen ruber, besonders lokalisiert an Mund- und Genitalschleimhaut, und der cystoskopische Befund lassen in diesem Falle keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen.

Diesem Falle folgte im Jahre 1927 ein weiterer, der von A. Heymann ausführlich beschrieben wurde. (A. Heymann, lichen ruber planus der Harnblase. Zeitschrift für urologische Chirurgie, Band 22, Seite 224 bis 228.)

Ich wiederhole hier kurz die Vorgeschichte dieses Falles:

Die Patientin, 21 Jahre alt, machte wegen Bleichsucht eine Arsenkur in Dürkheim durch. Nach der 7. Flasche Dürkheimer Max-

quelle entstand unter starkem Juckreiz ein Ausschlag von kleinen roten Knötchen, zuerst am Leib, dann an Oberschenkeln, Brust, Rücken und Beugeseiten der Arme. Kurze Zeit darauf folgten Erscheinungen an der Schleimhaut des Mundes. Die mikroskopische Untersuchung an einem aus der Bauchhaut exzidierten Stückchen ergab die Diagnose Lichen ruber planus. Zur Therapie wurden einige Solarson-Injektionen gemacht. Nach kurzer Zeit verschlechterte sich der Zustand außerordentlich, „es trat neben rapider Ausbreitung der Effloreszenzen ein ganz unerträglicher Juckreiz auf. Durch diese Beobachtung kam die Klinik auf den Gedanken, daß das Arsen als Ursache zu betrachten sei und gab folgerichtig das bei Arsendermatitis ganz besonders wirksame Natriumthiosulfat, worauf prompt und vollkommen Rückbildung der Knötchen mit Ausgang in Pigmentation festzustellen war".

Einige Tage darauf wurde der Urin der Patientin stark blutig, ebenso trat vermehrter Harndrang auf. Heymann glaubt, daß das Thiosulfat die Ursache für die plötzliche Hämaturie und Albuminurie gewesen sei, da vorher der Harnbefund vollkommen negativ war. Nach einer Harnanalyse wurde eine Cystoskopie vorgenommen, die folgendes ergab: Blasenschleimhaut blaßgelb, ohne Gefäßerweiterung nirgends Blutergüsse unter der Schleimhaut, aber überall über die ganze Schleimhautoberfläche verstreut in normaler Schleimhaut liegen leicht erhabene, etwa lachsrote Flecken, teilweise konfluirend. Sie haben einen Schimmer, als ob eine dünne Schicht Stearin darüber läge; in der Nähe des Sphincter sind diese Erscheinungen zu derbfaltigen, stellenweise zu durchscheinenden Wülsten konfluiert.

Die Diagnose wurde als ein schon in Rückbildung begriffener Lichen ruber planus gestellt. Der Zustand wurde durch Verabreichung von Uvalysat innerlich und Pyramidon rectal zufriedenstellend. Nach 10 Tagen war der Urin o. B. Nach 14 Tagen zeigte die Cystoskopie eine Abheilung des Lichen ohne Pigmentbildung. Am Ende seiner Ausführungen, die Aetiologie des Falles betreffend, meint Heymann, „schließlich ist es sehr interessant, daß dieser Lichen gerade durch dasjenige Mittel verursacht worden ist, das als das einzig wirksame zu seiner Beseitigung gilt".

Ich komme jetzt zu unserem eigenen Fall, der vom Dezember 1933 datiert. Auch hier beruht die Diagnose auf einem Zufälligkeitsbefund, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

Ueber die Krankengeschichte sei kurz berichtet:

Frau Anna T., klein, korpulent, 47 Jahre alt, war früher immer gesund. 1923 wurde sie wegen Hämatocele retrouterina e gravididate tubaria sinistra operiert. Seit 1926 rezidivierende Pyelitis links, Herzstörung (Endocarditis?) mit Oedemen etc.

Ende November 1933 kommt sie in die gynäkologische Klinik wegen Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Außerdem gibt sie

an, schon seit einiger Zeit an einem juckenden Ausschlag zu leiden, der vornehmlich den Unterleib befallen habe. Die Untersuchung ergab einen typischen Lichen ruber planus disseminatus et dispersus, der sich auf den ganzen Unterleib, die Hüften, das Gesäß und um die Vulva, etwas auf die Oberschenkel übergreifend, ausbreitete. Ferner waren deutliche Lichen-Erscheinungen an der Schleimhaut des Mundes und der Zunge zu erkennen. Als Ursache der Leibschmerzen fand sich eine Pyelitis links mit starker Druckempfindlichkeit in der linken Nierengegend.

Am 5. Dezember 1933 wurde eine Spülung des linken Nierenbeckens und eine Cystoskopie vorgenommen. Der cystosk. Befund war folgender:

Auf der Blasenschleimhaut, besonders in ihren basalen Abschnitten, zeigen sich hellbraune Flecken, auf deren Oberfläche eine dünne helle Schicht zu liegen scheint. Die Effloreszenzen heben sich wenig von der Blasenwand ab, und es ist auffallend, daß sie sich scheinbar besonders im Verlauf der Blasengefäße lokalisieren und sich bedeutend gegen das Trigonum hin vermehren. Der Blasenscheitel ist von den Erscheinungen so gut wie frei. Andere Veränderungen sind auf der Blasenschleimhaut nicht nachweisbar. Sie zeigt die normale Färbung und glatte Fläche mit durchscheinenden feinen Gefäßen auf.

In der Differentialdiagnose konnten anderen Blasenerkrankungen wie Tb. und Cystitis mangels charakteristischer Merkmale wie Tuberkelknötchen und miliare Geschwüre einerseits, und Auflockerung, Rötung und Schwellung der Schleimhaut andererseits, ausgeschlossen werden

Die Patientin wurde darauf zur Behandlung einem Facharzt überwiesen. Auf Grund einer spezifischen Arsentherapie (die Patientin erhielt 15 Solarson-Injektionen), die allgemein als die erfolgreichste gegen alle Lichen-Erkrankungen gilt, heilte das universelle Exanthem unter Pigmentbildung ab. Die kurz darauf vorgenommene Cystoskopie zeigte ebenfalls eine Heilung der Blasenschleimhaut mit Pigmentbildung.

Da der Verlauf und die Lokalisation der Effloreszenzen eine neuropathische Genese dieser Lichen-Erkrankung wahrscheinlich machen, soll hier speziell untersucht werden, inwieweit diese Annahme in unserem Falle zutrifft.

Die Versorgung der Blase erfolgt in der Hauptsache durch die arteria vesic. sup. und arteria vesic inf., die ihrerseits aus der arteria hypogastrica und teilweise aus Abzweigungen der arteria umbilicalis stammen. Die art. vesic. sup. tritt seitlich an die Harnblase heran und versorgt deren oberen Teil, während die art. vesic. int. hauptsächlich den unteren Teil der Blase und auch die Samenblasen, Prostata und Ureteren versorgt.

Die zahlreichen, anastomisierenden Venen durchziehen die Blasenwand und können des öfteren sichtbar an der Oberfläche hervortreten. Sie sammeln sich nach dem Blasengrund zu und münden in einem nervösen Plexus (Plexus venosus vesicalis) ein, der den Fundus der Blase umspinnt. (Völcker und Wossidlo.)

Die Nerven der Blase sind großenteils sympathischer Natur (diese laufen mit der arteria iliaca interna teilweise gemeinsam), andererseits mischen sich spinale Aeste aus dem dritten und vierten Sacralmark dazu.

Nach H. Denning (Die Innervation der Harnblase) kommen für die Innervation der Blase folgende drei Nervenpaare in Betracht:

1. die sympathischen Nerven (nn. hypogastrici) aus dem oberen Lumbalmark,
2. die parasympathischen Nerven (nn. pelvici) aus dem Sacralmark,
3. die somatischen Nerven (nn. pudendi), die ebenfalls aus dem Sacralmark stammen und den Sphincter externus der Harnröhre versorgen.

Alle drei Nervenpaare enthalten motorische und sensible Fasern. Aus diesen Bestandteilen bildet sich ein reichliches Nervengeflecht, welches den seitlichen und unteren Partien der Harnblase angelagert ist und in alle Teile der Blasenwand Ausläufer sendet (Völker und Wossidlo, Urologische Operationslehre).

Die Annahme, wonach in unserem Fall die Erkrankung auf nervöser Grundlage beruhe, wird durch verschiedene Ausführungen von M. Joseph (Lehrbuch der Hautkrankheiten) betr. Lokalisation der Affektionen und Aetiologie bestärkt.

Ueber die Lokalisation des Lichenexanthems schreibt er u. a.: Oft treten die Eruptionen symmetrisch auf; zuweilen kann auch einmal (Ledermann) der lichen ruber planus sich in den Voigt'schen Grenzlinien, d. i. den Begrenzungslinien der Hauptverästelungsgebiete der einzelnen Hautnerven, lokalisieren.

Hinsichtlich der Aetiologie des lichen ruber planus schreibt Joseph:

Ueber die Ursache wissen wir nichts Sicheres; er ist nicht ansteckend, obwohl der parasitäre Charakter der Erkrankung oft hervorgehoben wird.

Am meisten Wahrscheinlichkeit dürfte wohl die neuropatische Genese dieser Affektion haben. Zuweilen sieht man den lichen ruber planus nicht nur im Zusammenhang mit typischen Nerven-Erkrankungen, sondern auch längs des Ausbreitungsgebietes eines Nerven oder zosteriform (F. Pinkus) sich verteilen.

Die Tatsache der Identität des Eruptionenverlaufs läßt sich

am besten aus einer kurz wiederholten Gegenüberstellung über den Nervenverlauf und den cystoskopischen Befund ersehen.

Die Cystoskopie zeigte, daß die Flecke besonders in dem basalen Teil der Blase zu sehen waren. Auch war es auffallend, daß die Effloreszenzen sich scheinbar im Verlauf der Blasengefäße lokalisierten. Gegen das Trigonum hin vermehrten sie sich bedeutend. Der Blasenscheitel war so gut wie frei.

Die Nerven der Blase stammen, wie Völcker und Wossidlo gezeigt haben, einerseits aus dem sympathischen Nervensystem, andrerseits mischen sich spinale Aeste aus dem dritten und vierten Sacralmark dazu. Aus diesen beiden Bestandteilen bildet sich ein reichliches Nervengeflecht, welches an den seitlichen und unteren Partien der Blase gelagert ist.

Auch die Darstellung über die Innervation der Blase nach L. R. Müller zeigt besonders gut die stärkere Innervation der seitlichen und hauptsächlich der fundalen Teile der Harnblase.

Auf Grund des oben beschriebenen Verlaufs der Nerven läßt sich die besondere Lokalisation der Affektionen am Blasengrunde, sowie die sehr geringe Beteiligung des Blasenscheitels erklären. Während die Arterien die Blase in allen Teilen gleichmäßig versorgen, ist die Innervation am Blasengrund und an den Seiten ungleich stärker, was ganz dem Sitz der Affektionen entspricht.

Der cystoskopische Befund scheint aber dieser Feststellung zu widersprechen, denn „hier fällt es auf, daß die Effloreszenzen sich scheinbar besonders im Verlauf der Blasengefäße lokalisieren". Diese besondere Lokalisation der Eruptionen könnte aber in dem gemeinsamen Verlauf von Arterien und Nerven im unteren Teil der Blase ihre Erklärung finden. Völcker und Wossidlo: „Die Nerven der Blase stammen einerseits aus den sympathischen Nervenfasern, welche die arteria iliaca interna begleiten. . . ."

Bei einem Vergleich mit den anderen Fällen von Lichen ruber planus der Harnblase ist die Uebereinstimmung in verschiedenen wichtigen Punkten offensichtlich.

Bezüglich des Geschlechts schreibt Riecke, daß die Männer um etwa ein Drittel mehr als die Frauen vom lichen ruber planus befallen werden.

In den angeführten Fällen waren die Erkrankten alle drei weiblichen Geschlechts. Dies mag eine Zufälligkeit sein; vielleicht ist auch bei den männlichen Individuen mit einer allgemeinen Lichen-Erkrankung eine Mitbeteiligung der Schleimhaut aufgetreten, wobei aber mangels Vornahme einer Cystoskopie die Schleimhauterkrankung der Blase nicht bemerkt wurde.

Eine besondere Beachtung verdient die Gemeinsamkeit der Fälle hinsichtlich ihrer Lokalisation. Neben einer auffallenden Be-

teiligung des Unterleibs, der Vulva und der Mundschleimhaut ist insbesondere die Lokalisation in der Blase hervorzuheben. In den beiden anderen Fällen wie auch in dem unsrigen, ist eine unverhältnismäßig stärkere Beteiligung des Blasenbodens zu erkennen.

F. Zerkowitz schreibt in seinem Befund u. a.: es zeigte sich auf der sonst normalen Schleimhaut gegen das Trigonum vesicae hin eine Anzahl isolierter Knötchen von braunroter Farbe.

Bei A. Heymann zeigten sich auf der Schleimhautoberfläche etwa lachsrote Flecken, die in der Nähe des Sphincter vesicae zu derbfaltigen, stellenweise durchscheinenden Wülsten konfluierten.

Ich glaube, daß die Gemeinsamkeit der Erkrankungen auch in den beiden anderen Fällen ihre Erklärung in der Auffassung der neuropathischen Genese des lichen ruber planus finden kann.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, daß in den beiden letzten Fällen die Entdeckung des lichen ruber planus in der Harnblase auf einem Zufälligkeitsbefund beruht.

Die Zystoskopie wurde nicht wegen eines allgemeinen Lichenexanthems ausgeführt, sondern aus anderen erwähnten Gründen. Deshalb liegt die Vermutung nahe, daß die Möglichkeit einer Mitbeteiligung der Blasenschleimhaut durchaus nicht so selten ist, wie allgemein angenommen wird.

Die Vornahme einer Zystoskopie, welche Isaak schon im Jahre 1898 vorschlug, wie Heymann am Ende seiner Ausführungen erwähnt, würde bestimmt in mehr als einer Hinsicht, vielleicht auch gerade in der noch ungeklärten Frage der Aetiologie des lichen ruber planus Aufklärung bringen.

Am Ende meiner Ausführungen ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Doktor Holzbach, Leiter der geburtshilflichen und gynaekologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Mannheim, sowohl für die gütige Ueberlassung des Themas, als auch für die Unterstützung während der Verfassung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

E. Riecke: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

L. v. Zumbusch: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

W. Frieboes: Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

C. Garre und Borchard: Chirurgie des Beckens und der Wirbelsäule.

L. Kasper: Lehrbuch der Urologie.

M. Joseph: Lehrbuch der Hautkrankheiten.

A. Heymann: Zeitschrift für urologische Chirurgie. Band 22, Seite 224—228, lichen ruber planus der Harnblase.

F. Zerkowitz: Dermatologische Zeitschrift. Band 42, Seite 282, über einen Fall von Lichen ruber planus mit bemerkenswerter Schleimhautbeteiligung.

Völcker und Wossidlo: Urologische Operationslehre.

H. Denning: Die Innervation der Harnblase.

Lebenslauf.

Am 20. März 1911 wurde ich als Sohn des Bauamtmanns Philipp Pfister in Mannheim geboren. Vom 6. Lebensjahr an besuchte ich die dortige Volksschule 4 Jahre. Dann absolvierte ich die Tulla-Oberrealschule Mannheim von Sexta bis Oberprima. Ostern 1929 legte ich meine Reifeprüfung mit Erfolg ab. Darauf studierte ich 4 Semester in Freiburg, 1 Semester in Heidelberg, 1 Semester in München und 5 Semester in Heidelberg.

An der hiesigen Universität legte ich im Wintersemester 1934/35 mein Staatsexamen ab.

Fritz Pfister.